

精神分裂病（統合失調症）¹ 者の責任能力に関する 近時下級審の判断基準についての問題性

河 本 純 子

序論

1 はじめに

2 検討の方法

本論

3 下級審判例の基準の探求

- ① 被告人の犯行当時の病状からの責任能力判断
- ② 犯行前の生活状況からの責任能力判断
- ③ 犯行動機・態様からの責任能力判断

4 基準の妥当性について

むすびにかえて

別表

序論

1 はじめに

2002年3月18日、政府が国会に上程した「心神喪失者等医療観察法案」（以下「新法案」とのべる）は、同年通常国会において成立を図る予定といわれた²が成立に至らず、継続審議となった。

新法案上程は、心神喪失により不起訴処分または無罪判決、心神耗弱により起訴猶予処分または執行猶予判決となった精神障害者が、司法手続きから離断されたのち、その反社会的行為について、何らの咎めを受けることなく、たとえこれが近代刑法の責任主義の所産であっても、その「反社会性」を矯正する制度的受け皿さえも整備されていなかったことについて、長い間抱えられていた社会の危険感や被害者の応報感情を主たる内容とする批判への1つの回答であったと言えよう。

本来、責任主義の原則とは、あらゆる差別を克服する「寛容の精神」が体現されたものであり、近代市民社会の精神は、この「寛容の精神」と「平等の精神」が一体となったもので、社会的弱者との共生への配慮が行われていた³という。

ところが、ここでの主役である「心神喪失者・心神耗弱者」とはどのような者であるのか、ということには明確な基準がない。実務では、昭和6年12月3日の大審院判決⁴が拠り所となっており、「①精神の障害により、②事物の理非善惡を弁識し又はこの弁識に従って行動する能力のない状態（心神

喪失）・①精神の障害により、②この能力が著しく減退した状態（心神耗弱）⁵（引用中番号挿入は筆者）という判旨を踏襲し、①行為時の精神状態（生物学的要件）と、②弁識能力および行動制御能力（心理学的要件）の程度を精神鑑定を含む証拠を検討して判断する「混合的方法」を探っているとされている。^{6 7 8 9}

そこで、生物学的要件を満たす者は、「精神の障害」という文言から、あたかも「精神障害者」つまり精神病患者のことであるとの誤解を招く。そこで「免責後の治療確保」を旗印に、新法案も策定されたのである。

確かに、「精神の障害」というとき、その多くは、飲酒酩酊などによる一時的な精神の障害よりも、精神保健福祉法第5条に定義される「精神障害者」¹⁰が該当するのであろうが、新法案は最初から「心神喪失者等」とは精神障害者であることを前提とし¹¹、「再犯のおそれがなくなるまで」（多くは身柄拘束を伴う）強制的治療を施すものである。社会復帰への支援などの事項も盛り込まれているが、先の「寛容の精神」とはかけ離れた、応報や危険視から成る社会感情の鎮静化を主眼としたものであることは否めない。

しかしながら、刑法39条の生物学的要件を満たす者は、医療を要する精神障害者だけではなく、飲酒酩酊などによって、一時的に「精神の障害」状態に陥った者も含まれる。決して日頃から酒癖が悪いというわけでもなく、普段は適度な晩酌をしていた温和でまじめなサラリーマンが、ある日、平素の量を超えた飲酒のうえ通行人に金銭を要求して負傷させた（強盗傷人）事案¹²では、犯行時の記憶がないことなどから精神鑑定の結果、犯行時は「病的酩酊」の状態であったと診断され、心神喪失と判断され、無罪判決を受けた。この被告人は本件までは飲酒酩酊のうえで他人に迷惑をかけることもなく、本件飲酒時も量こそ多いが、自宅に電話をしてこれからタクシーで帰宅する旨を伝えた直後の犯行であることから、偶発的な行為であると考えられたが、それだけに無罪判決の理由中、今後は禁酒すべきである等の意見は述べられず、精神保健福祉法25条通報の対象にもなっていない。被告人は以後、飲酒の機会においては留意するであろうが、疑問は残る。

一般的な理解からは、被告人のようにたまたま一度、飲酒酩酊下で刑事事件を起こした者と、日頃から飲酒酩酊して家族や知人に迷惑行為をくりかえしていくても刑事事件には至っていない者とでは、前者が再び同様な刑事事件を起こすおそれよりも、後者の度重なる迷惑行為が刑事事件に発展するおそれの方が濃厚と考えられまいか。しかし、この推測は、被告人の「精神の障害」が一時的なものであり、病気ではないということから、（再犯のおそれの）判断の対象外とされるので、最初から生じない。ところが、この事案において、被害者の感情を納得させるものは被告人の慰謝の念以外には何もなく、この事案の顛末（無罪）は、社会の飲酒酩酊者に対する危険感を鎮めることに何も役立っていない。一方、「精神障害者」という病気の人の行為について、前述の飲酒酩酊のケースのように日頃の生活ぶりを重視するよりも、刑事事件を起こしたという事実の方を重視して、新法（案）によって、処遇が決定されることになる。だがこれは、精神障害者数と飲酒酩酊者数との比較から考えても、少

数者への「言いがかり」と評価せざるを得ない。

このように、社会感情が「寛容の精神」を圧倒する時代である今、その体現である責任主義の原則にも同様の圧力が及ぶであろうことは不思議でない。2001年6月、大阪池田小学校事件を受けて小泉首相は「刑法改正も視野に入れた検討を行う」と発言した。それ以前から「刑法39条は削除すべき」という世論もあったが、小泉首相の発言や「刑法39条削除」という意見は、応報感情を剥き出しにした野蛮な意見であるとか、(池田小学校事件に反応した)思慮のない感情的な意見であるという批判が集中した。しかし筆者は、刑法39条は温存したまま、「適正な治療の確保」をうたい、応報感情と保安目的を秘めた新法案を成立させる方が野蛮で感情的であると考えている。

東京都精神医学総合研究所の五十嵐禎人医師は、新法案策定までの経緯で、「本来は責任能力概念や精神障害者免責制度のあり方についての再検討を行うことこそがまず行われなければならなかったはずであるが、残念ながらこの点についての十分な検討はほとんど行われなかつたようと思われる」¹³と述べている。五十嵐氏の意見は尤もなものであり、新法案の是非とともに、「刑法39条削除」を野蛮な意見としてではなく、冷静に検討する必要がある。

新法案では、心神喪失者等の入退院判断を裁判官と精神科医が合議で決定するものとされているが、精神医療関係者の多くが「再犯のおそれ」を判断することはできない、との批判を寄せた。大阪弁護士会の伊賀興一弁護士は、「これに対し、最高裁は『裁判官は医療判断はできない』とコメントし、つまり『再犯のおそれ』は医療判断ではなく、社会防衛的観点での司法判断要素として、判断しているし、できる、という立場を示した」¹⁴ことを(批判的に)紹介している。

先に責任能力の判断について、昭和58年9月13日の最高裁第三小法廷決定¹⁵は、「法律判断であり裁判所は鑑定に拘束されない」という姿勢を明確に示した。もちろん、「被告人の精神状態そのものは証拠(精神鑑定)に従って判断されるべき事実認定の問題であり、裁判官が精神鑑定の結果を無視して判断しても構わないというわけではない」¹⁶という指摘もあり、鑑定結果の拘束性については、「裁判官の自由心証といえども、それは、恣意的なあるいは全体の漠然とした印象からする心証形成を許すものではなく、合理的な再審査に耐えるものでなければならない」¹⁷というのが妥当な見解であろう。

「責任能力の評価には、本来、危険性(再犯のおそれ)の評価と同質の困難性が伴う。危険性の評価の精度を問題とするのであれば、責任能力の評価の精度にも同様の問題があるはずで、(新法案)反対論者が論理の一貫性を保とうとすれば、刑法39条の規定の存在それ自体が否定されて然るべきであろう」¹⁸という意見は新法案賛成論者からのものであるが、新法案の賛否をめぐる議論においては、従来の責任能力判断に加え、さらに「再犯のおそれ」という難しい法律判断(必ずしも精度の保証されない裁判所の判断)の機会が増える点も考慮しなければならないはずである。

したがって筆者は、新法案以前に、責任能力判断がどのような基準を有して行われているのかを、判例をもとに検討することが必要であると考える。責任能力判断の対象となるのは、先に挙げたような一時的な精神状態の変質も含まれるが、多くが精神障害者であろうことから、その代表的疾患であ

る精神分裂病患者の事案について概観する。「心神喪失者・心神耗弱者」を定義づけた昭和6年の大審院判決も精神分裂病患者の事案であり、その後も、昭和59年7月3日の最高裁第三小法廷決定¹⁹（以下「本決定」とのべる）において、「精神分裂病者の責任能力判断については、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行動機・態様等を総合して判断すべき」との判断のあり方が示され、この決定要旨は、ほぼ一致して、従来の下級審裁判例の基本的な立場であり²⁰、その動向を是認する判断を示し実務上大きな意義を有する²¹と評価されていることから、概ね、本決定にそった基準を裁判所が採用しているものと考え、判断の実態を、決定以後の下級審判例で検討してゆく。

2 検討の方法

精神分裂病者の責任能力をめぐる学説の展開は、当初はドイツの「（精神分裂病者は）例外がないわけではないが、無条件に原則として責任無能力」とする見解に倣っていたが、本決定以前から多くの精神科医によって疑問視され²²、精神分裂病者の責任能力判断は、精神分裂病が認められても、それだけで直ちに責任無能力とする傾向にはなかったことが一般に指摘されている。

「本決定までの公刊物による裁判例を見ると（多少の遺漏は免れないと思われるが）精神分裂病者であるために心神喪失と認められたケースは37例（うち大審院1例）、心神耗弱が認められた事例は15例（うち大審院2例）、さらに完全責任能力が認められた事例が2例ある」²³ことが示されている。しかし、「仔細に点検してみると、戦後の下級審判例の中には、『精神分裂病=心神喪失』という鑑定意見をそのまま採用している判決も少なからず見られ、本決定は1つの基準を示した注目すべき判例であるとの認識に異論はない」²⁴と言われ、筆者も同感である。

ところが、本決定の傾向を安易に拡張することに危惧の念も多く²⁵、それは、「裁判所が分裂病を誤解しているのではないか」というものもある²⁶ことから、判例が本決定の示した基準にそった判断を行っているかの検討とともに、この基準の妥当性の検討も必要である。

そこで、昭和59年7月以後、裁判所によって被告人は精神分裂病者であると認められた下級審判決で判例集等に搭載された判例を可能な限り収集した²⁷。ただし、被告人の精神の障害が、精神分裂病だけでなく、知的障害や飲酒酩酊など他の精神の障害と複合している事案は除外した。その結果、検討対象となった判例は、昭和59年10月から平成9年8月までの下級審判例9例である²⁸。

責任能力判断について判例を検討した先行研究において、鑑定を排斥する場合や、複数の鑑定結果が異なった場合にいざれかを採用する場合には、相応の合理的で十分な説明が必要であるにもかかわらず、本決定以後、それがなされていない判例が多く見受けられ、「総合評価の結果、鑑定をあまり重視しないように思われる」²⁹という指摘がある。しかし、他方、同様の検討から、「58年決定・59年決定後の判例においても、鑑定をことさら無視した責任能力の判定が行われているわけではなく、むしろ全体として鑑定重視の姿勢は判例に定着しているように思われる」³⁰という見解も導かれている。本稿では、最高裁が示した「基準」についてどのように言及され、それが総合判断にどのように影響して

いるかを検討してゆくものであるが、当然、鑑定との関係を合理的に説明する判断であるのかも考慮することになる。

ところで、昭和59年7月3日の最高裁第三小法廷決定は、「①被告人の犯行当時の病状、②犯行前の生活状態、③犯行動機・態様等を、総合して判断すべき」と、総合判断に主に3つの観点を示している。結論を先に述べるならば、今回の検討において、主に③の犯行動機・態様が主要な判断材料とされ、それらの了解可能性が基準となる傾向があることが見出された。

以下本論においては、最高裁が示した3つの観点それぞれについて、裁判所の考慮の仕方を個々の判例で検討し[3]、次いで判例に見られる裁判所の判断基準の妥当性を考察する[4]。

本論

3 下級審判例の基準の探求

上述したように、昭和59年7月3日の最高裁第三小法廷決定は、責任能力の判断を、主に、①被告人の犯行当時の病状、②犯行前の生活状態、③犯行動機・態様等、の3つの観点を総合して行うべきであると判示している。そこで、以降の下級審判決において、それぞれの観点がどのように考慮されているかを検討し、それを通じて、下級審判例の判断の基準を探求してみたい。

検討に入る前に、それらの判例の特徴のいくつかを確認しておくことにする。

検討の対象とした9例中、6例が殺人、殺人未遂、放火、強盗致傷などの凶悪犯罪である。判例集に搭載されている精神障害者の犯罪に凶悪犯罪が多いことは、精神障害者が凶悪犯罪を起こしやすいということを示すものではない。精神障害者の触法行為は、多くが不起訴処分や起訴猶予処分とされているという批判³¹はあるものの、やはり凶悪犯罪は起訴される傾向にあり、それが判例集への搭載に影響しているものと考えられる。不起訴処分や起訴猶予処分など、いわゆる“足切り”の根拠とされる起訴前簡易鑑定も、判例集に搭載された事案では行なわれていないものが多い。

今回の9例のうち、判例集の記載から判断した限りでは、起訴前簡易鑑定と公判時嘱託鑑定の両方を経たものは判例2と判例3である。双方の鑑定結果が概ね一致しているのは判例2で、判例3においては、起訴前簡易鑑定は「弁識能力が軽度に減弱」と心神耗弱を示唆し、公判時嘱託鑑定は「弁識能力・制御能力ともに欠如」と心神喪失を示唆したものであった。なお、両判例とも総合判断の結果、心神喪失との結論に達している。起訴前簡易鑑定に言及されていない他の判例を見ると、起訴前簡易鑑定を経なかった理由として、(1)精神科の治療歴があり、その担当医の所見を参考にすることが可能であった判例1、判例5、判例6、判例8などと、(2)事件を起こすまで家族や職場など周囲の者、あるいは被告人自身までもがその精神障害に気がつかなかった判例4、判例7、判例9であり、これら後者の判例群では、公判時で初めて責任能力が争点になったものと考えられる。

公判時嘱託鑑定が異なる鑑定人によって複数回実施されたものは、判例1、判例5、判例8であり、いずれも複数の鑑定結果は一致せず、鑑定意見が「心神喪失」と「心神耗弱」に分かれた判例1では、

総合的判断により心神耗弱との結論に達した。判例5は病名が異なったのみで鑑定意見は責任能力にまでは言及していないなかつたが、総合的判断により心神喪失の結論に達した。判例8は心神喪失を示唆する「弁識能力も、これに従って行動する能力も欠く」という鑑定結果と、心神耗弱を示唆する「弁識能力やこれに従って行動する能力の著しい低下」という鑑定結果に分かれたが、総合的判断により心神耗弱の結論に達した。この判例1や、判例8のように、「異なる鑑定結果が出た場合、被告人にとって有利な方を採用すべきである」³²という意見も学説にはある。しかし、複数の公判時嘱託鑑定が行なわれ、その結果が一致しなかった場合、裁判所は被告人に有利な方を採用しているとはいえない。

① 被告人の犯行当時の病状からの責任能力判断

犯行当時の病状は、弁識能力および制御能力の障害の程度を評価する上からも重要な観点であると考えられる。また、病状は、専門家の診断すなわち、精神医学者の鑑定によるところが大きく、これを裁判官のみが経験則で判断することは困難である。

そのためか、共通して判決理由の中で、被告人の犯行当時の病状に関しては、意識状態、記憶の程度、幻覚や妄想などの精神症状の有無、弁識能力および制御能力の有無や程度を、鑑定結果から引用して述べている。

鑑定結果を引用するにあたっては、鑑定結果が複数に及ぶ場合には、いずれの事案でも裁判所が独自に各結果を比較検討してより信頼性の高いと認めたものを採用している。しかし、複数の異なる鑑定結果の比較において、採用しなかった鑑定の問題点を指摘するのではなく、採用した鑑定の合理性を挙げることにより、その正当性を述べている。したがって、複数の異なる鑑定結果の中から裁判所がひとつを選ぶ基準は見えてこない。

しかし、今回の検討の限りでは、鑑定結果を軽視したり、あるいは鑑定結果と反する独自の判断が合理性を欠いたまま行われているということではなく、鑑定結果は判断の資料として、大きな役割を担っていることは確かである。

病状についての検討は、鑑定結果からの引用が主であるが、幻覚や妄想などの精神症状の有無を述べるにとどまるものから、犯行が幻覚や妄想の支配下で行われたか否か、また幻覚や妄想の影響を受けていたかどうか、という判断にまで言及したものまで若干の差は見られる。しかし検討に供したすべての判例で、犯行と病状の関係はいずれも否定されてはいない。

もっとも、総合判断を行うのであるから、犯行当時の病状は、他の観点（②および③）とともに検討されなければならないところ、犯行当時の病状を重視し、それがほぼ判断の基準となっているのは、判例7、判例8である。そこでは、他の観点については述べられているものの、病状が重く弁識能力や制御能力が障害されていたことを責任能力判断の根拠としている。他の7つの判例は、この①の観点のみではなく、③の観点も重点的に検討している。

② 犯行前の生活状況からの責任能力判断

犯行前の生活状況が総合的判断の一要素として述べられていることは殆どない。事件の概要を述べる中では、犯行前の生活状況は事案の争点が責任能力であるだけに何らかの記述はあるが、それは、(1)奇異な言動や社会生活に困難を来たしていた状況を述べることで、精神障害者の行為であることを説明するにとどまるか、(2)通常人と全く変わらない生活状況から周囲の者が被告人の精神障害に気がつかず、事件を未然に防止する配慮ができなかつたことなどが説明されているかのどちらかである。全体的には、後者（通常人と同様の社会生活を送っていたとのべる(2)の例）が多く、だからと言ってそれが責任能力を肯定する根拠としては述べられてはいない。犯行前の生活状況に異常や支障を来たしている者が少ないともかかわらず、重大な事件を起こしていることからも、犯行前の生活状況により責任能力の有無や程度は判断することはできないというのが殆どの判例が示している姿勢である。

この基準を示した昭和59年7月3日の最高裁第三小法廷決定についての研究の中で「裁判所は『犯行前の生活状態』を問うているが、『犯行前』の生活状態を特別に取り上げたのはなぜか、それが『犯行時』の精神状態にそれほど重要な関係があるとするのはなぜなのかわからない」³³という批判がある。それは本決定の被告人は犯行の数年前から精神分裂病に罹り、入院歴もあるが、犯行直前まで通常の会社員として勤務し、同僚や親族の誰にも病気であることや、病状が悪化していることを気づかれなかつたうえ、犯行後（逮捕後）も、取調べにあたつた巡査部長は被告人にまったく異常を認めなかつたからである。したがつてこの被告人は最初の嘱託鑑定で「分裂病の欠陥状態にはあるが、現在の症状は詐病の疑いもある」と診断され、一审で死刑判決を受け、控訴も棄却され、第一次上告審でやつと（完全責任能力を肯定しているという）事実誤認の疑いで破棄差し戻しとなつてゐることは周知のことである。

本決定は総合判断の観点のひとつに、犯行前の生活状況を挙げてはいるが、これは旧来、「原則責任無能力」とされていた精神分裂病者について、本決定では心神耗弱を認めていることから、犯行前の生活状況を考慮することにより、安易な責任無能力判断をしないように注意を喚起することが目的であり、生活状況の異常や支障から、責任能力の喪失・減弱を判断するという趣旨ではなかつたものと考えられる。

③ 犯行動機・態様からの責任能力判断

犯行動機やその形成過程、事前の計画性や犯行後の行動をも含めた犯行態様については、各判例は比較的丁寧に検討し、最終的な責任能力判断へと導いていた。

先ず、犯行動機や犯行態様が、幻覚妄想の影響を受けたり、直接支配されたりしていないか、という点に注目している。この点では、鑑定結果が示す幻覚や妄想の存在、その程度などを参考に、実際の被告人の行動や供述を検討している。

幻覚や妄想とは、実際にはないことが知覚されたり考えられたりすることであるから、それらの体

験を持たない者にとっては、幻覚や妄想による言動は了解困難である。ところで、妄想には、その形成過程が全く突然で了解できないか、できても非常に困難な「一次妄想」と、ある生活史の出来事から二次的に生じ、その点を考慮すれば形成過程が他者にも了解できる「二次妄想」がある。

精神分裂病は幻覚や妄想が症状として出現しやすい疾患であり、特に一次妄想は精神分裂病に特徴的なものであるといわれる。しかし、すべての場合に幻覚や妄想が出現するわけではなく、また治療や病状の変化によって幻覚や妄想が消失することもある。さらに、精神分裂病に限ったことではないが、患者の中には自己の体験が幻覚や妄想であり、実際にはないことであると理解している者も少なくない。

したがって、一般的に裁判所は幻覚や妄想の有無のみから責任能力判断をすることはできないため、その影響力を検討するために、犯行動機や犯行態様の「了解可能性」を検討している。ところが、他人からみて了解可能であるか否かは、その判断をする者の生活史とも関連が深いので、厳密には、どちらかに断定することができる体験（特に、妄想）はあり得ないとも言うことができる。そのため、裁判所が「妄想の影響あり」と認めるることは、「一般の人はそのようには考えない」すなわち「了解不能」であると認めることなのではないか。

責任能力判断自体が、「特定の人の過去の特定の時点における精神状態の完全な把握は極めて困難であって、それは、むしろ、判断者の主観的体験に基づく感情移入による諒解—自分が被告人と同じ状態におかれたとしてそのような精神状態になることがありうるだろうかという自問自答—と離れることができず、したがって完全に客観的な立場から合理的に、自然科学的精密さをもって特定することは不可能である」³⁴という限界がすでに語られているのである。

以上、検討したところによれば、下級審の判断基準は主に③の観点を重視したものとなっている。

4 基準の妥当性について

いまだ精神分裂病者の行為に完全責任能力を認めることは殆どなく、今回検討した9例の下級審の判決も、心神喪失ないし心神耗弱であった。しかし、いずれの事案も被告人の生活歴や病歴、犯行動機や犯行態様、鑑定結果など一連の情報を収集したうえで責任能力判断を行っており、総合判断に努めていることがわかる。最高裁が示した3つの観点は、その点に判断基準を置くよう勧告するものではなく、古典的な病名にとらわれた判断を戒め、多くの観点から個々の事案ごとに責任能力判断を行うよう、その場合の主な観点を例示したものと考えられる。したがって、3つ目の観点である「犯行動機・態様」の検討が判断基準の中心となっていることのみでは、妥当性に疑いがあるという根拠にはならない。犯行時の病状や犯行前の生活状況を踏まえていても、いわゆる混合的方法による判断には、犯行動機や犯行態様の評価に言及しなければならない点が多いものと考えられる。

今回検討した事案は「精神の障害」を有するという点には争いはないが、精神の障害を有することはただちに責任無能力の判断に至ることにはならない。「精神の障害により」心理学的要件に該当する

か否かの判断が求められているので、精神の障害と弁識能力および制御能力の喪失・減弱には因果関係を認めることが必要である。精神の障害を有するか否かとその程度は、鑑定に委ねられるべき科学的事実であるが、それより先の判断は、鑑定結果をもとに裁判所が行うものである。鑑定人が結論まで述べていることもあるが、述べていないこともあり、鑑定人の意見を採用するにも裁判所は合理的な理由を述べなければならぬので、裁判官の経験則による判断は犯行動機や犯行態様の理解が主なものとなるであろう。

前述のとおり、了解が主観の域を出ないことはやむを得ない。しかし、問題は幻覚や妄想を有し、その影響を受けていても「了解可能」と結論づけた事案がある点である。確かに裁判官が自らを被告人と同じ状態に置かれたとして、被告人の精神状態を追体験できるかを問うた結果、同じ精神状態も考え得ると判断したものであろうが、これを認めるならば、すべての事案において「了解可能性」は残されることになる。

今回の9つの判例では、総合判断において犯行動機や態様を「了解可能」と評価された3例が心神耗弱、「理解しがたい」「不可解」などと評価された4例と、了解可能性に言及せず、鑑定意見により「妄想に支配された犯行」と認めた2例（判例7、判例9）の計6例が心神喪失との結論に達している。

弁護士の渡辺一成氏は、「内因性精神病者は原則として責任無能力」³⁵説の立場であるが、「幻覚妄想に基づく犯行は、未知の過程と理解されやすいが、犯行状況のつじつまが合ったり動機が了解できる場合、病者に責任能力を求める」ことを批判し³⁶、「どこまでが本当に了解可能なのか、実際は了解不可能なのに了解したと誤解しているか、この区別がなければ責任能力の有無を判断することはできない。理解の倒錯と、基準を欠いたまま、裁判所の恣意を許している」³⁷、「責任能力の阻却は、裁判所が分裂病者の心理過程について了解不能に陥ることではなく、その了解を停止することである」³⁸と述べている。

筆者は「一律責任無能力」説には反対であり、また、かなりの精神障害者は責任能力を有すると考える立場であるため、渡辺氏の「了解を停止して責任能力を阻却する」との意見には反対であるが、裁判所のいう「了解不能」は、厳密には（「了解可能性」を保留した）「了解停止」を意味しているという点は同感である。

したがって、了解可能性で責任能力を判断することは妥当ではないと考える。了解は主観の域を出ないものであるからこそ、それをもとに最終的な結論に達すべきではない。

了解可能かどうかが責任能力判断の鍵になることは、いずれの疾病でも相応しくないが、特に精神分裂病者は「見せかけの了解可能性」³⁹を示す場合があることもかねてより指摘されている。

総合判断をすべきであると判示した先の最高裁第三小法廷決定について、精神医学者の立場から「（精神分裂病者の犯行の態様が）異様ととれば異様であるが、それほどでもないとすればそれほどでもないという形のものが多い」「（精神分裂病者は）合目的と思われる行動をしばしばとするものである」「総合判断といいながら分裂病者の場合は個々の点を見ると、一見よさそうに見えることが多いものであ

る」⁴⁰などと、「了解可能性」が判断すべき対象としては脆弱なものであることが述べられている。

たとえば、判例1の「執刀医を殺さなければならぬと思った」という動機について、判決において「了解可能」と判断されているが、筆者は「了解可能性」よりも、この判断自体が疑問である。被告人は被害者を「何のために」殺さなければならないと思ったのであろうか。人体実験をやめさせ生き延びるために殺すのか、人体実験であるという自己の主張を証明するために自己の命を賭して殺人を犯すのか、単なる人体実験の復讐なのか、よくわからずじまいであるが、この違いよっても量刑に影響を及ぼすはずであろう。裁判官は何を「了解」して判決に至ったのであろうか。

国立精神神経センターの吉川和男医師は、「英國で1843年に示されたMcNaughton rule（のケース）では、犯行当時に『精神の病（disease of the mind）により理性を欠いた状態にあり、自分がしている行為の性質や意義を認識せず、あるいは仮に認識していたとしても、それが悪いことであると認識していない』場合にのみ insanityを理由に免責するとした。例えば、ある被告人が妄想状態で自らの生命が危険に曝されていると感じて行為した場合、正当防衛として行為した場合には正当防衛として扱われるが、報復として行為した場合には処罰の対象とされるとした。」⁴¹と紹介している。この基準を判例1に適用すれば、被告人が正当防衛と考えて行動したのか、報復と考えて行動したのかのいずれであるかを「了解」しなければならない。

判例1では、裁判官はいま一歩踏み込んで被告人の動機を検討すべきではなかったかと考えられる。「了解できる」としながらも、踏み込んだ質問がなされなかつたのは、精神障害者の行為という先入観があったからではないのか。同時に裁判官の述べる「量刑の事情」にも、若干の疑問があった。「いわれもなく」殺害された被害者の無念や「心の支えがなくなり、心の中にはぽっかり穴があいたような」被害者遺族、近隣の住民や社会の「心理的不安、衝撃」というように「心」への被害を強調しているが、「心を病んだ」被告人に対して、果たして被害者はその心情や訴えを理解する努力を十分に行つたのか、ということである。この被告人は精神を病んで日が浅かったのだが、医師として、一見奇異な印象のある精神障害者の訴えにも耳を傾け、患者を殺人にまで追い込むことのない対応の努力は、本件被害者だけでなく必須のものである。それができておらず被害に遭っても「いわれもない」のであろうか。患者は「いわれもなく」病気に罹る。しかし、患者が「いわれもなく」他人を襲い得るという、理解の基本的姿勢で、被告人の動機や犯行態様が「了解」できたと結論づけることは疑問である。

筆者はこの被害者のみに落ち度があった、とは考えないが、日本の医療が高度な水準に達してもなお精神障害者への対応が遅れており、その結果惹起された事件であるとは考えている。日本の司法精神病医学の水準が低く、研修や研究が必要であることは、これまでに多くの論者からのべられているが、その基礎となる一般精神医療や精神医学教育が遅れていることは、あまり問題にはならない。しかし、人間の行動すべてが脳の働き（精神）につかさどられているにもかかわらず、日本の大学（医学部）での精神医学の学習時間は少なく⁴²、国家試験の出題数も内科学や外科学、産婦人科学に比して非常に少ない⁴³。この判例から、被害者をはじめとする医師らの、精神障害者理解の不足は指摘されていない

が、通計150回もの、犯行までの診察依頼の中で、被告人を救うことのできる医師がいなかつたのは残念である。近時、精神障害者の触法行為を防ぐためには、早期に患者のクライシス・コールを受け止めることが大切であるという見解が有力であるが、この被告人の場合は、懸命なクライシス・コールが拒否されていると言つてもよい。

責任能力判断と医療の整備は別の問題であり、乏しい医療下では責任能力判断が甘くなるようなことはあってはならないが、責任能力の判断をめぐり、個々の被告人（患者）の置かれた状態を総合的に評価する裁判所は、了解というきわめて主観的なことを行うことに自ら限界を認めるべきではなかろうか。

了解可能性が責任能力判断の有力な鍵になるなら、裁判官は精神障害者ではない犯罪者（一般犯罪者）の動機はすべて了解可能なのであろうか。なるほど我々は生涯の生活の中で、殺害したい、あるいはそこまで行かなくても、攻撃的な衝動に駆られる程、他者に対して立腹したり、憎んだり、恨んだりすることもあり得るだろうが、それを実行する者はきわめて少ない。（たとえば、犯罪被害者遺族の中にはこうした心情を訴える者があるが、しかし彼らは行為には及ばない。）最近は、「殺したいから、殺人を犯した」と平然と述べる犯罪者も居り、窃盗犯では「盗む」という行為が快楽であるという者もいるが、本来、「殺したい」、「相手を傷つけたい」、「盗みたい」といった犯罪行為の動機は、形成の時点（実行前）には外発的動機である。たとえば生命身体犯では、相手を殺したり傷つけたりすることに意義があるから動機を形成するのではなく、応報や自己の罪証隠滅が本来の目的であつたりする。財産犯でも、財物が欲しいから盗んだり騙したりすることが動機づけられるのであり、窃取そのもののみが動機ではない。しかし、実行時の動機は内発的動機である。自ら抱いた、殺すことや盗むことに意義を認め、それを完遂することのみに動機づけられている。裁判所の了解範囲である動機は、外発的動機までであろう。そして、外発的動機は、たとえそれが現実にはない体験（幻覚・妄想）から生じていても、その体験が語られる限りにおいては了解できるものと考えられる。犯罪の内発的動機は、行為者以外の者には了解することができないのではなかろうか。したがって筆者は、行為者が精神障害者であっても、責任能力の有無を争点とすることは、その判断基準以前に無理があり、これにかかる刑法39条は廃止し、すべての被疑者・被告人の外発的動機をもとに、その内容（反社会性の程度）によって、罪や量刑を決定すべきであると考える。

むすびにかえて

新法案までの過程で、精神障害者自らが「裁判を受け、刑務所で罪を償いたい」と述べ⁴⁴、また患者の家族団体も同様の意見であったことを、「本心からではない、今日の触法精神障害者に対する風当たりの強さからそう追い込まれたのだ」⁴⁵という見解もある。もちろんそうした部分もあるが、精神障害者らの主張は、「刑事施設での精神医療の充実」という条件つきであり、それに応えるには、政府をはじめ関係機関に相当の努力が求められる課題を呈するものである。したがって、この主張を真摯に

受け止めるならば、彼らの呈する課題を無視して、「刑事施設は過酷な場で、治療とは程遠い」⁴⁶と述べてみたり、「精神障害者は自分では判断ができないのだから守ってやらなければならない」というパレンス・パトリエ的な発想はいったん払拭して責任主義について考えることが必要である。そのひとつとして、責任能力判断の基準がどのようなものであるかを検討した。

精神分裂病者の例に限定したのは、最高裁が「総合判断」を提起したためであり、それ以後の下級審判例を検討の対象とした。確かに今日、責任能力判断は個々の事案に応じて丁寧に行われている。しかし、被告人という他者の、過去の精神状態を評価するという、宿命的に主観に属する判断を求められる裁判官は、「了解」に頼らざるを得ない状況である。鑑定という科学的証拠とともに、裁判官の経験則による判断で成り立つ責任能力は、適切な基準を持つことが困難な状況である。

触法精神障害者の処遇が議論されているが、そもそも、一般の犯罪者と触法精神障害者を区別して論じなければならないのは、責任無能力・限定責任能力という概念が存在するからである。したがって、先ず議論されなければならないのは、責任無能力・限定責任能力の概念を明らかにすることであり、その限界により概念の存続も吟味されるべきである。

新法案に対し、日弁連は一貫して反対の姿勢を示し、「精神医療の底上げ」で解決できる、と主張しているが、多くの判例に接する中で、責任主義に最も依存しているのは法曹の中では弁護士ではないのか、という疑問を抱いた。犯罪事実に争いがない場合、弁護人は情状を主張するが、責任無能力の抗弁を用いることが多いのではないか。先述のとおり、人間は攻撃性を抱いても犯行に及ぶ者は少数であるから、その者は正常な精神状態ではなかった、という仮説は立てやすい。病気の者にとっては、刑事手続きの途上であっても、早期から、治療を併せて行なう必要があることから、これを警察や検察、裁判所が見落としている場合にはありがたい指摘である。しかし、病気と犯行との関係を吟味しないまま、抗弁を行うことは問題である。一般に精神科の敷居は高いと言われるが、被告人は精神障害者であると認定されることにさほどの抵抗がないようで、詐病の問題も生じる。このような実態を無視してただ「精神医療の充実」を求めるることは矛盾している。「責任主義が画餅に帰（すと）精神障害者的人権は全うされない」⁴⁷が、責任主義はすでに応報の危機に曝されおり、その上「犯罪者よりは精神障害者の方がまし」と考える人が存在するならば、責任主義は精神障害者的人権を脅かすものであることは否めず、また犯罪者的人権も同様に脅かされるものであるから、これを看過することはできない。

現在、日本の医療は世界的な水準に達している。しかし、医師過剰の時代を間近に迎えても無医村の問題は完全に解消したわけでもなく、辺境の過疎地の問題だけではなく、都市部でも「夜間は無医村に等しい」という実態は若干の緩和があったにすぎない。医療過誤も決して少なくはない中で、「いつでも、誰でも、安心してかかる医療と福祉」⁴⁸は精神科だけの課題ではない。

したがって筆者は、責任主義への懐疑を問い合わせるとともに、精神障害者的人権も、犯罪者的人権もともに擁護されるべきであるという立場を堅持したい。

¹ 「精神分裂病」という病名は、2002年6月、日本精神神経学会において「統合失調症」と改めることとされ、2002年8月より、厚生労働省も、公的文書に「統合失調症」を用いることを認可、全国の都道府県と政令指定都市に通知し、代表的なメディアもこれにならう方針を固めた（佐藤光源：統合失調症の名称変更をめぐって、社団法人日本精神保健連盟だより15. 1頁, 2002）が、本稿ではそれ以前の判例を通して、法曹界がこの疾患をどう理解していたかを検討するものであるため、「精神分裂病」という病名をそのまま用いる。

² 読売新聞2002年3月25日、3頁。

³ 足立昌勝：心神喪失者等処遇法案推進派のあがき、法と民主主義372. 31頁, 2002

⁴ 刑集10巻. 682頁.

⁵ 金澤文雄：責任能力の判断基準(1). 別冊ジュリスト142. 68頁, 1997

⁶ 脚注5と同じ

⁷ 松宮孝明：『刑法総論講義』158頁, 1999. 成文堂

⁸ 野阪滋男：精神分裂病者の刑事責任能力をめぐって—最高裁昭和59年7月3日第三小法廷決定を契機として—精神分裂病者の責任能力. 判タ550. 35頁. (1985.5.15)

⁹ 宮崎礼壹：刑事判例研究168. 警察学論集38(2). 149頁, 1985

¹⁰ 精神保健福祉法第5条は、「この法律で、『精神障害者』とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と規定されている。

「精神作用物質」とは、アルコール、有機溶剤、覚せい剤、大麻、向精神薬などをさし、多くはその依存症が精神医療の対象となるが、一時使用による急性中毒もこの法律に含む。飲酒酩酊下の問題行動を繰り返すことはアルコール依存症の症状の1つではあるが、問題行動だけでアルコール依存症とは診断できず、急性（アルコール）中毒の場合は、アルコールの多量摂取により急激に「血中のアルコール（エタノール）濃度が高くなり中毒症状を示している状態を言い、中毒症状とは、昏睡、代謝性アシドーシス、低血糖、痙攣、心房細動などの不整脈、心筋抑制や血管拡張による血圧低下など」（中藤裕史：『中毒百科—事例・病態・治療—（改定第2版）』38頁, 2001. 南江堂）であるから、自力で身体を動かすこともできない状態が多く、酩酊下の問題行動をとることは殆どできない。したがって、この法律の範囲で「精神作用物質による急性中毒」に急性アルコール中毒が含まれていても、飲酒酩酊下の問題行動のみで「精神障害者」として扱われることはない。

¹¹ 新法案では、「第二条 定義」の三において「対象者」とは、「刑法第三十九条第一項に規定する者（心神喪失者）又は同条第二項に規定する者（心神耗弱者）であることが認められた者」としており、「対象者」が精神保健福祉法で定義される「精神障害者」であることは一切述べていないが、「第一条 目的」の文中に「その病状の改善及び・・・」（下線は筆者による）と「対象者」に該当する原因が病気によるものであることを示している。これは精神保健福祉法第5条の文末「・・・精神疾患を有する

者をいう」に該当する。その他「第二条 定義」の一「保護者」とは、「精神保健福祉法第二十条第一項又は第二十一条の規定により保護者となる者をいう」とし、精神保健福祉法の定義を援用していることからも、「対象者」は精神保健福祉法で定義される「精神障害者」がその精神疾患のために心神喪失又は心神耗弱の状態にある場合のみを想定しているということができよう。

¹² 平成5年9月24日大阪地裁第4刑事部判決：判タ854. 285頁. (1994.10.15)

¹³ 五十嵐禎人：触法精神障害者の処遇とわが国における司法精神医学の課題. 現代刑事法40. 60頁, 2002

¹⁴ 伊賀興一：心神喪失者等「医療」観察法案と社会保障審議会骨子を批判する. 自由と正義53. 26頁, 2002

¹⁵ 判時1100. 156頁. (1984. 2.21)

¹⁶ 浅田和茂：刑事法における責任主義. 法律時報74(2). 14頁, 2002

¹⁷ 浅田和茂：『刑事責任能力の研究・下巻』217頁, 1999. 成文堂

¹⁸ 山上皓：触法精神障害者処遇の在り方—司法精神医学の立場から—. 現代刑事法44. 29頁, 2002

¹⁹ 刑集38巻8号. 2783頁.

²⁰ 青木紀博：責任能力の判断基準(2). 別冊ジュリスト142. 71頁, 1997

²¹ 判タ535. 205頁. (1984.11.15)

²² 中谷瑾子：精神分裂病者の刑事责任能力をめぐって—最高裁昭和59年7月3日第三小法廷決定を契機として一本決定の概要と意義並びに本稿の目的. 判タ550. 29頁. (1985. 5.15)

²³ 中谷瑾子：刑事判例研究497. 警察研究62(3). 50頁, 1991

²⁴ 中谷：前掲論文45頁.

²⁵ 渡辺一成：精神分裂病者の刑事责任能力. 判タ615. 16頁. (1986.11. 6)

²⁶ 渡辺一成：うつ病者の刑事责任能力. 判タ712. 31頁. (1990. 1 .15)

²⁷ 他にも精神分裂病者の判例を検討した論文はあるが、先行研究として、佐藤直樹：責任能力の「心理学的」再構成—わが国の分裂病判例の批判的検討を契機として—. 九大法学56. 227頁, 1988においては、10例の判例が取り上げられているものの、本稿が検討対象として昭和59年以後の下級審判例に限定しているため、年代的に佐藤氏の論文と本稿では判例の重複はない。また、遠藤浩史：責任能力の判断基準の検討. 明治学院大学大学院法学ジャーナル18. 1頁, 2003においては、本稿が検討した判例と若干の重複がみらる。しかし、佐藤氏および遠藤氏の論文で検討された判例ともに、犯行前に精神分裂病と診断されたことがあつたり、鑑定時に精神分裂病との鑑定結果が出された例のうち、最終的に裁判所がこれを無視したり、再鑑定などで精神分裂病以外の病名と診断され裁判所がこれを採用するなど、精神分裂病者の行為であるという裁判所の認識にない判例も、「精神分裂病判例」として扱われているのに対して、本稿では病歴や複数の異なる鑑定結果があつても裁判所が精神分裂病者の行為であると認めたか、あるいは異なる病名との区別ができず少なくとも精神分裂病者の行為であることを否定しなかった判例に限定した。裁判所が病名の認定を行うにあたっての信頼性・妥当性には疑

問もあり、また鑑定結果自体にも疑問があると考えられるが、本稿では、精神分裂病者に対する責任能力判断という目的から、病名判断の疑問点を極力避けることとした。病名判断の疑問点に関しては今後の検討課題としたい。

²⁸ 検討した判例について、事件の概要など詳細は別表にまとめている。判決年月日の新しい順番に1から9までの番号を付しているので、本稿の中では「判例1」「判例2」のように述べる。なお別表の様式は、小川新二：薬物の影響下における犯罪と刑事責任能力—覚せい剤を中心として—、現代刑法36. 52頁、2002. の第3表を参考に作成した。

²⁹ 林美月子：責任能力判断の検討、刑法雑誌36(1). 66頁、1996

³⁰ 浅田和茂：『刑事責任能力の研究・下巻』253頁、1999. 成文堂

³¹ 加藤久雄：刑事責任能力論と触法人格障害者処分論の現代的課題について、産大法学32 (2・3). 115頁、1998や、山上皓：我が国における現状と問題、法と精神医療12. 34頁、1998など

³² 林美月子：責任能力と法律判断、松尾浩也先生古希祝賀論文集（上巻）. 311頁、1998

³³ 西山詮：『精神分裂病者の責任能力』15頁、新興医学出版社、1996

³⁴ 佐伯千仞：責任能力の判断について、岩田誠先生傘寿祝賀論文集・刑事裁判の諸問題、5頁、1982

³⁵ 渡辺：前掲論文31頁.

³⁶ 渡辺：前掲論文41頁.

³⁷ 渡辺：前掲論文42頁.

³⁸ 渡辺一成：精神分裂病者の刑事責任能力、判タ615. 22頁. (1986.11.6)

³⁹ 中田修：精神分裂病者の犯行のみせかけの了解可能性、中谷陽二[編]『精神障害者の責任能力』、25頁、金剛出版、1993

⁴⁰ 保崎秀夫：精神分裂病者の刑事責任能力をめぐって—最高裁昭和59年7月3日第三小法廷決定を契機として一本決定の問題点—精神医学の見地から—、判タ550. 45頁. (1985. 5. 15)

⁴¹ 吉川和男：刑事案件における鑑定と処遇のあり方—英国から学ぶ点—、精神医学44(6). 593頁、2002

⁴² たとえば、岡山大学医学部医学科の、基礎医学と臨床医学から成る専門科目のうち、臨床医学科目について述べると、内科学の講義については「内科総論」5単位(80時間)と、内科学臨床実習として「内科学Ⅰ～Ⅲ」と「循環器内科学」「神経内科学」をあわせ8単位(416時間)が必修となっている。外科学については、講義として「外科学総論」2単位(28時間)と、臨床実習は「外科学Ⅰ・Ⅱ」だけで4単位(208時間)、その他「整形外科学」「脳神経外科学」「心臓血管外科学」各1単位(各52時間)も必修となっている。その他に、「臓器・系統別講義」として、各診療科にかかわりのある臨床講義が59単位(892時間)必修となっているが、精神科学について述べると、総論の講義はなく、臓器・系別統合講義の中の「精神系」2.5単位(38時間)と、臨床実習として「神経精神医学」1単位(52時間)のみが必修となっているにすぎない。(岡山大学医学部自己評価委員会：医学部医学科の教育の現状と

課題.『岡山大学医学部における教育、研究、診療活動の自己点検、評価報告書（平成5年から平成9年）』. 55頁, 1999)

⁴³ 第93回医師国家試験（1999年実施）においては、320問中、主に内科学に関する設問は126問（うち、3分の1程度は、基礎医学科目や外科系科目とも関連がある複合的な設問である）、産婦人科学に関する設問は34問、小児科学に関する設問は35問であるが、精神科学に関する設問は10問にすぎない。その他は基礎医学分野の設問や、臨床医学分野の外科系科目の設問である。なお、医師国家試験の問題は、受験生に持ち帰りを許可しておらず、第94回（2000年実施）までは、日本医事新報誌に掲載されているが、以後は公表されていない。また、各問は、どの科目的設問であるかは示していない（医師は、どの診療科においても、すべての科目を総合して診断や治療にあたる能力が求められることから、当然と言ふことができるが）、上述の設問数の分類は、筆者の判断で、最も関連の深い科目に区別したものである。

⁴⁴ 厚生労働省と法務省の合同検討会では第7回目に患者の意見陳述として、小金澤正治氏に発言を求め、その議事を厚生労働省ホームページに掲載している（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/>）また、小金澤氏は触法行為の経験はあるが、裁判や刑事施設に収容されたこともなく、そういう経験のある知人もいないため、その厳しさを知らず、ただ「一人前に」と論じているように解されがちであるが、受刑経験のある塙本正治氏も2001年5月19日の日本精神神経学会シンポジウムで発言しており（http://www.seirokyo.com/archive/folder1/shokuhou/keijisihou_tukamoto.html）、さらに新法案に対しても、裁判と刑罰を求める意見を述べている（森健：司法と医療の間で揺れる「統合失調症」. 中央公論2002.5. 215頁。）

⁴⁵ 池原毅和：患者・家族から見た触法精神障害者問題. 法律時報74(2). 30頁, 2002

⁴⁶ 吉川和男：触法精神障害者問題—英国から学ぶ新たな制度の提案—. 捜査研究604. 20頁, 2002

⁴⁷ 浅田和茂：治安法の発想に異議—手続法から見た「法案」の問題点—. 法と民主主義370. 12頁, 2002

⁴⁸ 伊賀：前掲論文25頁.

別表 精神分裂病者の下級審判例の検討

No	判決・出典	概要	裁判所の判断
1	東京地裁 H.9.8.12 判時1629号 156頁(98.4) 判タ965号 270頁(98.5)	<p>殺人・銃刀法違反</p> <ul style="list-style-type: none"> ・そけいヘルニアの手術後、体調不良を来たした被告人が、執刀医から納得のゆく回答を得られなかつたため、執刀医により人体実験をされたといふ妄想を抱き、人体実験によって死ぬ前に執刀医を殺そうと考え、暴力団員から拳銃を入手して、駅で通勤途上の執刀医を殺害した 	<p>犯行当時の病状：手術後の体調不良から人体実験をされているという妄想を抱き、そのため自分で腹部をカッターナイフで切り、精神病院に約2か月入院したが、そのときの診断は「妄想性障害又は分裂病の疑い」であった／精神科への通院は長続きせず、腹部の異常感から病院めぐりをしていた／嘱託鑑定は2度行われ、「妄想性障害で心神耗弱」と「分裂病で心神喪失」に結論が分かれた</p> <p>犯行前の生活状態：会社員として勤務していたが、犯行の2年前に体調不良から欠勤が多いので迷惑をかけると自己退職し、計150回以上の診察を受け、一方で死を予期して犯行の準備を行っていた</p> <p>犯行動機：手術の際の人体実験により余命いくばくもないと考え、死ぬ前に執刀医を殺して、人体実験の事実を世間に公表しようとした</p> <p>犯行態様：自分の体力では包丁等で被害者を襲っても抵抗された場合に殺害できないと考え、暴力団員から拳銃を入手したうえ、その取り扱いに危険がないよう留意していた／被害者を待ち伏せるために宿泊した際には偽名を用いた／逃走用にスクーターを購入し駐車場を借りた／犯行時、他人を巻き添えにしないよう被害者の顔を確認したうえで至近距離で拳銃を発射した／用意していたスクーターと電車で逃走し、途中で衣服を購入して着替えた／犯行についての報道を知るためラジオを購入したが、人体実験のせいであることが報道されていないため、その説明文を書き自らテレビ局に届けてまわったが、このときも偽名を使った</p> <p>総合判断：妄想は奇異だが動機の形成は了解可能であり、犯行に至るまでの行動や犯行時の行動は冷静沈着で合理的であり、犯行後の行動も不可解ではない／病名は確定せず、妄想の影響を受けた犯行であるが、心神耗弱</p>
2	京都地裁 H.8.11.28 判時1602号 150頁(97.7)	<p>窃盗・銃刀法違反・殺人・強盗殺人未遂・殺人未遂</p> <ul style="list-style-type: none"> ・17歳の少年が、住宅事が悪く騒音に悩み、隣家の主婦を殺害するためにもとの勤務先から肉切包丁を盗んだ ・包丁よりも殺傷能力の高い拳銃を奪うことを思いつき盗んだ包丁で派出所の警官を襲い重傷を負わせた ・拳銃を用い、日頃から折り合いの悪い隣家の主婦を殺害し、事件当日の朝、被告人の母が不満をもらしていた叔母を狙撃して重傷を負わせた 	<p>犯行当時の病状：中学2年頃より無気力になり、反対的で協調性に欠ける行動が目立ち怠学や非行を繰り返した／中学卒後就職し定時制高校にも進学したが、いずれもすぐに辞めてしまい怠惰な生活をするうち自殺を企図したため精神病院に8か月入院した／このときの診断は「意思欠如型、抑うつ型人格障害」であった／退院後食品加工会社に就職したが1か月もせずに行かなくなり、自室に閉じこもり、独語や空笑がみられ、再び自殺を企図したため両親らは入院を検討していた</p> <p>犯行前の生活状態：特に理由もないのに退職してしまい、閉じこもっていた</p> <p>犯行動機：中学時代から勉強や仕事が手につかなかったのは隣家の主婦が自分をイライラさせたためで、入院するなど自分がだめな人間になったのはこの主婦のせいなので腹が立ち、殺せば何もかもうまく行くと思った／この感情は分裂病による被害念慮（起訴前鑑定）であるが、犯行は病的な妄想によるものではなく劣悪な住宅事情の中で関係・被害的な歪曲を深めて行ったもの（嘱託鑑定）</p> <p>犯行態様：食品加工会社によく切れる包丁があることを知っていて盗み出したが、返り血を浴びるのを嫌い、セメダインを顔に塗り変装して警官を襲い、拳銃を奪ってすぐに隣家の主婦を襲った／しかし自ら発射音におどろき逃走し、近所に住む叔母を襲った／その後食品加工会社の冷凍庫の中で自殺をしようとしたが死にきれず、同社のロッカーから衣服を盗み変装したが、空腹のため逃走を断念し、交番の前を歩いていて逮捕された</p> <p>総合判断：分裂病による被害念慮から突然殺意を形成し、包丁を盗み出して以後は不可解な動機形成によって衝動的に犯行に及んでいる／分裂病の強い影響で抑制力を失っていると認め心神喪失</p>

3	岡山地裁 H.7.12.18 判時1566号 149頁(96.7)	現住建造物等放火 ・10年来精神分裂病で入退院をくりかえしていた被告人は、退院して独居のアパートに戻ったが生活費がなく、生活保護を申請したがすぐに現金が得られなかつたことから、幻聴や生活不安を苦にして焼身自殺を図り、アパートを焼損した	<p>犯行当時の病状：これまでにも「死んでしまえ」との声を聴き自殺を企図したことが数度あるが、本件犯行時も服薬を続けていたにもかかわらず被告人を非難するような幻聴があり、食べ物もろくにない生活の中でそれが次第に激しくなつた／簡易鑑定では「分裂病で幻聴も認められるが、犯 행동機は生活不安であり、やけを起こして放火への配慮を欠いており弁別能力・弁識能力は軽度に減弱していた」とされ、嘱託鑑定では「重度か少なくとも中度の分裂病で幻聴に苦しみ自殺念慮を有しており、犯行時は意識障害はなかったが、日前のことしか考えられず弁識能力・制御能力とも欠如していた」とされた</p> <p>犯行前の生活状態：精神病院から退院後、一人暮らしで、生活費が殆どなく、福祉事務所に生活保護費の支給を依頼したが手続き上数日待たされ、その間は買い置いた米を炊いて塩をかけて食べ、病院からもらった薬も欠かさなかつた</p> <p>犯 행동機：激しい幻聴の中で「死ななければ直らんと不安になり」焼身自殺企図</p> <p>犯行態様：焼死するとき眠っていた方が楽であると考え、病院からもらった睡眠薬を3日分のみ、自室に灯油をまき新聞紙で着火したが煙が苦しく脱出した</p> <p>総合判断：犯 행동機は了解可能であり、幻覚妄想に直接支配されたものではないが、幻聴から逃れようとしたのは分裂病の影響が強い／犯行態様も不合理ではないが、健全な社会通念によれば理解しがたい短絡性を有しており心神喪失</p>
4	東京地裁 H.3.10.15 判タ780号 263頁(92.6)	傷害 ・簡易宿泊所に止宿する被告人が、同宿者とドアの開け閉めをめぐって口論となり、護身用に持っていた改造シャープペンシルで被害者の首筋を刺して加療10日の傷害を負わせた	<p>犯行当時の病状：39歳頃（本件の約10年前）から自分の考え方や行動を知られてしまうと思つたり、関係のない他人の言動を被害的に受け取るようになった／精神病の治療歴はない／嘱託鑑定では妄想型分裂病に基づく幻覚妄想状態の上の犯行で弁別能力やそれに従つて行動する能力を欠いていたと診断された</p> <p>犯行前の生活状態：24歳頃より放浪生活をし、簡易宿泊所で生活していた</p> <p>犯行動機・態様：本件の約4か月前、簡易宿泊所で被告人の所持金が紛失し、被告人はその夜に宿泊所に唯一居た被害者の仕業であると疑つた／疑つた瞬間に被害者の声で「気がついたのか」などと聞こえたが確証がないため直接文句を言えず憤懣を募らせ、ドアの開け閉めを乱暴にしたり、被害者に無愛想に振舞つたりしていた／事件当日も飲酒のうえ乱暴にドアを閉めたところ被害者から「何か不満があるのか」と訊かれ、被告人は喧嘩を売られたと思い、被害者が「友達じゃないか」と言ったので、「人の金を盗んで何が友達だ」と一気に憤懣が爆発し携帯していたシャープペンシルで刺した／犯行後、管理人が電話をかけていたので、捕まるなら出頭するつもりで外に出て、パトカーに犯行を申告した</p> <p>総合判断：犯行動機は被害者に対する憤懣であり、その原因は被告人の妄想によるものであるが、所持金紛失について被害者を疑うのは了解可能な推論であり、犯行は妄想や幻聴に支配されたり直接動機付けられたものではない／犯行態様や犯行後の行動も不合理ではないが、分裂病による幻聴や妄想で憤懣が増幅された結果、自己制御が著しく困難となつていたと認め心神耗弱</p>
5	東京地裁 八王子支部 H.1.6.26 判タ713号 278頁(90.2)	強盗致傷 ・妊娠中絶をすると自己の生命が危険であると思つていた被告人は、交際していた男性と喧嘩別れをしたあと妊娠していると思い悩み、これを弟に「強姦された」と打ち明け、弟が憤慨し慰謝料	<p>犯行当時の病状：妊娠中絶手術を受けた際、医師からもう中絶はしないよう忠告されたことを、中絶したら自己の生命が危険であると思い込んだ／同じ頃、雑草やちり紙を食べるなどの奇行があり精神科で診察を受けたが人格障害と診断され、継続した治療は受けていない／その後に知り合つた被害者と交際したが、喧嘩別れになつてしまい、被告人は生理が来ないことから妊娠したと思い込んだ／鑑定は3人の医師により、1人は「妊娠と中絶の不安からのうつ状態」とし分裂病を否定したが、2人は小学生の頃から</p>

		<p>を強取することを企てたため、男性宅に押しかけ、竹刀で殴打したり包丁で切り付けるなどし重傷を負わせた</p> <p>強迫的傾向があり、中学生では注察妄想、高校生では幻聴があり、この頃発病した分裂病が犯行時も持続していたとした</p> <p>犯行前の生活状態：スナックのホステスをしていたが客あしらいが悪く自己の髪や化粧にこだわってばかりで、長続きしなかった</p> <p>犯 행동機：中絶もできない身体で妊娠中あると思い込み、交際相手と不仲になったことを悩んでいたが、弟に相談したところ慰謝料を強取する目的となった</p> <p>犯行態様：被害者宅に弟とともに押しかけ、200万円の慰謝料を請求し、被害者が子供は引き取ると言うのに、包丁で脅したり切りつけ、竹刀で殴打した</p> <p>総合判断：捜査や鑑定などの供述から、犯行時の記憶はあった／犯行自体は妄想に支配されたものではない／しかし分裂病に伴う「妊娠恐怖ないし中絶恐怖」という強迫観念が被告人の頭の中を満たし、この問題を解決しなければ一歩も先へ進めない状態で、強迫観念の元凶である被害者への攻撃となつた／この妄想にも匹敵する重篤な強迫観念のもとでは、被告人には行為の選択の余地がなく、全く了解不可能であるとはいいけないが同時に十分納得できる行動でもないので心神喪失</p>
6	大阪地裁 S.62.9.16 判タ657号 263頁(88.4)	<p>殺人未遂</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かねてから体調を尋ねるなどしていた被害者（煙草店経営）の行為を、被告人は病気のことを見やかしていると不快に思っていた ・煙草を買ひに行つた際、被害者が愛想笑いしたのを、馬鹿にされたと思ひ、殺意を抱き被害者宅の包丁で刺し傷害を負わせた <p>犯行当時の病状：31歳時より非定型精神病との診断で10回の入院歴、44歳頃に妻を理由もなく刺して分裂病の診断で入院、その後病院を変わり非定型精神病と診断され通院していた／治療の動機付けは低く、妻が薬を飲ませる等の配慮をしており、本件当日（日曜日）は数日前から被害的な言動が多いので相当具合が悪いように思った妻は翌日には診察を受けさせようと考えていた／簡易鑑定では非定型精神病で弁別能力はあるが十分ではないとされ、嘱託鑑定では妄想の強い分裂病で犯行時は相当重度な再燃期だったとされた</p> <p>犯行前の生活状態：不眠や独り言がありイライラしており、職場でもトラブルが続いて欠勤がちだった。妻が勧める薬も拒否し、落ち着きがなかった</p> <p>犯行動機：日ごろから被害者には馬鹿にされているという思いがあり、犯行当日、愛想笑いしサービスでライターをくれると言ったのも馬鹿にしているためであると思うと猛烈に腹が立ち殺意を抱いた</p> <p>犯行態様：買い物の後、寝かせてくれと被害者宅に上がりこみ、置いてあつた包丁で刺した</p> <p>総合判断：犯行動機は理解し難いところがある／被害者の通常見受けられる程度の挨拶や愛想笑いを馬鹿にしていると受け取ること自体が分裂病に基づく妄想によるものであるという嘱託鑑定人の証言を採用し、分裂病の妄想に直接支配された犯行であるとし心神喪失</p>
7	東京地裁 S.62.3.17 判タ637号 227頁(87.8)	<p>殺人</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫婦仲も大変よく、出産間近であったにもかかわらず、何の前兆もなく突然に妻の首を絞め、花瓶で殴り、包丁で刺して殺害した <p>犯行当時の病状：22歳頃ホームで電車を待っているときに突然頭から背中にかけて電気が走り、それ以後自分の体の中に「奴」が入り込み支配されるような体験を持つようになった</p> <p>犯行前の生活状態：自己の異常に気づかれまいと仕事に打ち込み、真面目で評価も良く、治療歴もない</p> <p>犯行動機：警察や検察には、月1万円の小遣いでがまんし残業もしているのに妻からは収入が少ないと愚痴を言われ、もう自由になりたいという気持ちにかられ、とっさに妻を殺して自分も死のうと思ったと述べた／鑑定では、自由になりたい、というのは奴から逃れることで、かつて同性愛の行為を強いられ、結婚後それを非難する幻聴があり、妻の出産を控えて「邪悪な奴の子どももあるので何とかせねば」と思っていたと述べた</p> <p>犯行態様：突然の犯行後であるが、包丁を隠し自らを殴りガスを放つて110番通報し「知らない男が侵入して襲われた」と訴え、冷静沈着な行動をしていた</p>

			総合判断：ジアゼパム・インタビューも行った鑑定は信用でき、犯行当時は分裂病による妄想に支配されており心神喪失
8	松山地裁 八幡支部 S.61.6.4 判タ606号 92頁(86.9)	覚せい剤取締法違反 ・発病後約20年を経過した分裂病患者が、知人から勧められ好奇心で覚せい剤を自己使用するようになった ・本件の3か月前にも覚せい剤自己使用で逮捕され、執行猶予判決を受けていた	犯行当時の病状：嘱託鑑定は2人の医師により行われ、「分裂病の終末状態で幻覚はないが感情鈍麻、意欲減退、社会性欠如などのため弁別能力もこれに従って行動する能力も欠く」というものと、「増悪と寛解を繰り返す分裂病で本件当時は寛解期にあり弁別能力やこれに従って行動する能力は著しい低下していた」というものに分かれた 犯行前の生活状態：発病後にも結婚して二児をもうけ（離婚したが）亡父の会社を引き継ぎ役員として報酬を得て生活していた／覚せい剤の自己注射は目立たない太腿に行い、前回逮捕後は母親の管理下で治療も続け、入院の必要もなかった 犯行動機：最初は好奇心からだが、逮捕歴以後はやめる意思表示をしていた 犯行態様：自ら購入した覚せい剤を目立たない大腿部に注射し続けた 総合判断：双方の鑑定により分裂病の終末状態ではあったがそれは重篤なものではなく社会的寛解状態にあるとし、犯行は幻覚や妄想に直接支配されたものではなく、弁別能力やそれに従って行動する能力は著しい減退として心神耗弱
9	大阪地裁 S.59.10.31 判時1143号 159頁(85.4)	器物損壊 ・蜂須賀小六の子孫であるという妄想を抱いた被告人が、中国兵馬展が蜂須賀の築いた神聖な場で開催されていることに憤慨し、観客を装い入場し、隙を見計らって展示物を倒して損壊した	犯行当時の病状：本件の約7年前、自宅で母の経営するスナックを手伝っていた妻が客と駆け落ちした頃より、同僚や見知らぬタクシーの乗客から嫌がらせを受けていると感じるようになり、妻との離婚成立後はそれが関係者によつて仕組まれたものと思いつこんだり、盗聴されているなどと言うようになった／本件の約3か月前、お盆休みで墓参りをした夜、突然異様な感じに打たれ先祖の靈に遭遇し、以後いろいろなことが「わかる」ようになった／自分は蜂須賀小六の子孫であると確信し、蜂須賀の偉業があまり知られていないので、日教組大会でビラをまくなどしたが、大阪城で中国兵馬展が開催されることについて、その会場は蜂須賀が築いたもので天皇家の女性を意味し、そこに中国の人形などを展示すると今後生まれてくる日本の子どもは中国系になるという危機感や蜂須賀を侮辱しており何が何でも兵馬展を阻止せねばならないとの考えで一杯になった 犯行前の生活状態：事件時までタクシー運転手として働いていた 犯行動機：中国兵馬展が大阪城で行われるのは許せないとの考え方から、知人を介し展示会の中止を企図したが、うまくゆかず自らが中止させるために会場に赴き展示されている兵馬俑を破壊しようとした 犯行態様：事前にステッキなどの凶器を用意して観覧者を装い会場に赴いたが、警備が厳重なため、隙をみて素手で破壊するしかないと考え、実父には捕まった場合を想定してしばらく帰らない旨を伝え、兵馬俑を力任せに押し倒した 総合判断：鑑定では、妻が駆け落ちした頃に分裂病に罹り、そのため妄想を抱いており、犯行に関しては自由意思を阻害され弁別能力やそれに従って行動する能力はないとした／被告人は、兵馬俑を壊す行為は悪いことであるが、それが大阪城に置かれる限りは破壊することがむしろ正当な行為であると思っており、本件は妄想に支配された犯行であると判断した／当初は凶器で破壊しようと考え、それらを購入したが、犯行前に展示場を下見し、計画を変更し、父に「しばらく帰らない」からと言って自宅や自動車の鍵を預けて外出し犯行に及び、逃走を試みるなど、計画的で冷静な行動をしている／しかし責任能力は当該犯罪行為について論ずるものであるとし、鑑定の「分裂病は感情の病であり、知的な判断力や知識、記憶力は幻覚や妄想に関するもの以外は犯されない」という見解からも、本件犯行に部分的責任無能力を認め心神喪失